

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

CURSO DE MEDICINA

MARIANE FERNANDES BARBOSA

**ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA**

São Luís

2018

MARIANE FERNANDES BARBOSA

**ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE
DUTRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de médico da Universidade Federal do Maranhão

**Orientadora: Professora
Mestra Francisca Luzia
Soares Macieira Araújo**

São Luís

2018

MARIANE FERNANDES BARBOSA

**ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
SEXUAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
coordenação do Curso de Medicina da
Universidade Federal do Maranhão, para
obtenção do grau de Médico.

Aprovado em ____/____/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr.^a Leopoldina Milanez da Silva Leite
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Departamento de Medicina II

Prof.Dr.^a Maria Bethania da Costa Chein
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Departamento de Medicina III

Prof. MsC. Lyvia Maria Rodrigues de Sousa Gomes
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Departamento de Medicina II

RESUMO

Introdução: A violência sexual é um fenômeno de conceituação complexa e multicausal que abrange âmbitos sociais, culturais, religiosos e econômicos. Estudos comprovam que a violência é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de psicopatias, tais como quadros depressivos, transtornos de ansiedade, alimentares e do estresse pós traumático, além do suicídio. O presente trabalho teve com objetivo avaliar mulheres que foram vítimas de violência sexual relacionando o perfil clínico de tais pessoas com a ocorrência de consequências psicológicas, em detrimento da sociabilidade, além da progressão com doenças sexualmente transmissíveis que foram atendidas no HUUFMA durante o período de 2015 e 2016. **Métodos:** Trata-se de estudo de natureza descritiva retrospectiva de caráter exploratório com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA. **Resultados:** Uma amostra de 328 sujeitos atendidos no serviço apresentou uma média de idade em vítimas de violência igual a 13,47 anos com desvio padrão de 7,11 e intervalo de com fiança de 12,7-14,28 (IC95%). Maioria eram indivíduos pardos, 56,71% (IC95%); solteiras, (84,45%); de escolaridade com apenas o 1º grau (63,72%), e oriundas da zona urbana (56,71%). Em relação ao número de agressores envolvidos em um único ato de violência sexual, 88,11% são praticados por uma única pessoa. **Discussão:** A violência sexual contra a mulher é um dos problemas que afetam a mulher mais negligenciados, em grande parte por desconhecimento de sua frequência e das graves consequências que acarreta para a saúde física e mental de nossas pacientes. Um acompanhamento multiprofissional é de significativa importância no tratamento eficaz. **Palavras-chave:** Violência Sexual. Mulher. Traumas.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is a phenomenon of complex and multicausal conceptualization that encompasses social, cultural, religious and economic spheres. Studies show that violence is considered an important risk factor for the development of psychopathies, such as depressive disorders, anxiety disorders, food and post-traumatic stress, in addition to suicide. The present work was aimed at evaluating women who were victims of sexual violence by relating the clinical profile of such persons to the occurrence of psychological consequences, to the detriment of sociability, as well as the progression with sexually transmitted diseases that were treated in the HUUFMA during the period of 2015 and 2016. **Methods :** This is a descriptive retrospective exploratory study with a quantitative approach, performed at the Obstetrics and Gynecology Service of HUUFMA. **Results:** A sample of 328 subjects attended at the service had an average age of victims of violence of 13.47 years with a standard deviation of 7.11 and a guarantee interval of 12.7-14.28 (95% CI). Majority were brown individuals, 56.71% (95% CI); single women, (84.45%); of schooling with only the first degree (63.72%), and from the urban area (56.71%). In relation to the number of perpetrators involved in a single act of sexual violence, 88.11% are practiced by a single person. **Discussion:** Sexual violence against women is one of the problems that affect the most neglected women, largely because of their lack of frequency and the serious consequences it causes for the physical and mental health of our patients. Multiprofessional follow-up is of significant importance in effective treatment.

Keywords: Sexual Violence. Woman. Traumas.

SUMÁRIO

1 Introdução	6
2 Métodos	9
2.1 Tipo de estudo, local e amostra	9
2.2 Coleta de dados e Instrumentos utilizados	9
2.3 Infraestrutura	11
2.4 Orçamentos	11
3 Resultados	12
4 Discussão	14
5 Referências	16
6 Anexos.....	18
6.1 Anexo A -Tabelas	18
6.2 Anexo B- Gráficos.....	22
6.3 Anexo C- Normas para submissão de trabalhos.....	29

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno de conceituação complexa e multicausal que abrange uma intrínseca teia nos âmbitos sociais, culturais, religiosos e econômicos. Atinge todas as faixas etárias, classes sociais e pessoas de ambos os sexos, com uma estimativa que produza em torno de 12 milhões de vítimas mulheres anualmente. Por apresentar notória dimensão epidemiológica, a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas se revela um grave problema de Saúde pública. ¹

Em 1993, durante a Conferência de Direitos Humanos, foi estabelecida uma definição das Nações Unidas para violência sexual contra a mulher: “todo ato de violência de gênero que resulte em, ou possa resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada”.² A expressão denota situações diversas: violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, conhecidos ou desconhecidos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados. ³

Para as crianças, é considerado abuso sexual infantil qualquer coerção, manipulação, ou contato sexual forçado por pessoas mais velhas (adulto ou outra criança mais velha), sendo da família ou não. Alguns autores, apresentam ainda diferenças entre o abuso e a agressão sexual, definindo o primeiro como somente aquele em que o agressor é uma pessoa conhecida para a criança, sem o uso de força. Ao passo que, a agressão sexual infantil inclui não só a penetração oral, vaginal ou anal, mas também o contato às genitálias da criança ou do agressor pela criança, carícias indecentes, relações intercurrais, masturbação do adulto pela criança, e ainda exposição a pornografias digitais, fotográficas, ou atos indecentes feitos por outros. ⁴

A violência sexual contra a mulher implica prejuízos físicos e emocionais para as vítimas.⁵ Estudos comprovam que a violência é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de psicopatias⁶ tais como quadros depressivos, transtornos de ansiedade, alimentares e do stresse pós traumático⁷ além do suicídio.³ Crianças e adolescentes podem apresentar, ainda, hiperatividade e déficit de atenção.⁷ No âmbito físico, a violência sexual tem sido associada ao baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis (DST), queixas gastrointestinais, queixas vagas, e outras.³

Uma agressão como essa pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diversas formas, uma vez que o impacto do abuso sexual depende de fatores intrínsecos à vítima, tais como vulnerabilidade, temperamento e fatores extrínsecos que incluem recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais, financeiros e acesso ao tratamento (físico e psicológico).⁷

Entretanto os dados estatísticos sobre o tema revelam que a maioria dos agressores de crianças e adolescentes são parentes, pessoas próximas ou conhecidas, dificultando, pois, a existência de fatores extrínsecos, capazes de assistir as vítimas, e a denúncia^{8,7}. Estima-se que menos de 10% dos casos de violência cheguem às delegacias, sendo o delito sexual o menos denunciado, por fatores que envolvem sentimento de culpa, vergonha e estigma, o medo de represálias e ameaça e, ainda, implicações de ordem emocional e econômica no caso de membros da família. Dessa forma a prevalência da violência sexual tende a ser subestimada.⁸

Este trabalho teve como propósito avaliar mulheres que foram vítimas de violência sexual relacionando o perfil clínico de tais pessoas com a ocorrência de consequências psicológicas, em detrimento da sociabilidade, além da progressão com doenças sexualmente transmissíveis que foram atendidas no HUUFMA durante o período de 2015 e 2016. Assim como identificar o perfil sociodemográfico das pacientes estudadas; o perfil psicológico das pacientes estudadas de acordo com: nível de consciência, consequências de tal agressão para o

futuro individual de cada mulher estudada; o perfil dos agressores responsáveis pela violência sexual praticada; relação dos agressores com as vítimas estudadas; a faixa etária de maior prevalência dos agressores; relação entre o perfil social e perfil de consciência feminina após uma agressão sexual; avaliar as consequências de uma violência sexual na vida de uma mulher; avaliar a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis; a prevalência transtornos e a possibilidade de um novo acontecimento de violência sexual; e identificar o perfil clínico das mulheres e a possibilidade de seguir uma vida normal após acontecimento de violência sexual.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo, local e amostra

O estudo foi de natureza retrospectiva de caráter exploratório com abordagem quantitativa, realizada na cidade de São Luís (MA) em 2015/2016. A cidade de São Luís é capital do estado do Maranhão localizada no nordeste do Brasil, sendo uma das regiões mais pobres do país com 1.014.837 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,768, ocupando o 249º índice entre os municípios brasileiros em 2010^{23,24}.

Tivemos um número amostral de 328 sujeitos atendidos no serviço especializado em Violência Sexual de um Hospital Público Federal do Maranhão obteve média de idade em vítimas de violência igual a 13,47 anos. O município de São Luís apresenta taxa de 57,62% dos casos notificados, seguidos de São José de Ribamar (4,88%), Paço do Lumiar (2,74%) e Rosário (2,13%). Sobre o nível de escolaridade das vítimas, 63,72% possuía apenas o 1º grau, a qual apenas 1,44% destas possuem o ensino fundamental completo que diverge de 82,30% para aquelas que não terminaram o ciclo fundamental. Os estudantes representam 79,27% das vítimas em relação a sua profissão, seguidos de Do Lar com 3,96% (IC95%), as demais profissões mencionadas nas fichas de notificação têm taxas de 0,30% para cada serviço laboral.

2.2 Coleta de dados e Instrumentos utilizados

Cada mulher convidada a participar da pesquisa e consentiu o uso dos seus dados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido . As variáveis individuais serão obtidas por meio da revisão dos prontuários médicos e da ficha preenchida em ambulatório com as informações de cada paciente.

As pacientes foram acompanhadas pelo corpo clínico do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do hospital e o registro de dados de identificação, clínicos, laboratoriais e

antropométricos foram feitos em uma ficha própria do Serviço. O perfil clínico foram estabelecido pelas informações transmitidas em ambulatório. As consequências da violência sexual cometida foram avaliadas conforme atendimento a cada paciente no HUUFMA.

2.2.1 Análise estatística

Serão descritas as características demográficas, clínicas das pacientes incluídas no estudo. Para a descrição das variáveis categóricas serão calculadas as frequências e porcentagens. As variáveis quantitativas serão descritas com o uso de medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvios padrão, medianas e percentil). Utiliza-se o programa Epi Info versão 3.5.3 para armazenamento e análise estatística dos dados, sendo utilizado intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

2.2.2 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Apresentando protocolo de número 001987/2013.00. As pacientes que aceitarem participar da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2.3 Critérios de inclusão

Serão incluídas mulheres vítimas de qualquer forma de violência sexual atendida no Setor de Pré-natal de Alto Risco do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HUUFMA.

2.2.4 Critérios de não inclusão

Mulheres que não aceitaram participar da pesquisa

2.3. Infraestrutura

Para a realização deste trabalho o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário - UFMA está bem equipado e dispõe de toda infra-estrutura no que diz respeito aos exames de rotina, como: laboratório de análises clínicas, esfingomanômetro e estetoscópio, fita métrica, balança antropométrica digital. Além disso, conta-se com um profissionais especializados em problemáticas sociais, que podem auxiliar as mulheres vítimas de violência sexual no aconselhamento e perfil social, além de avaliação da possibilidade de doenças sexualmente transmissíveis.

Foram utilizados ainda:

- a) Salas dotadas de infraestrutura computacional, fax, telefone e acesso à internet.
- b) Disponibilidade de programas de estatística para análise dos dados.
- c) Acesso à literatura científica brasileira e mundial via Scielo, Medline, Bireme e outras

bases de dados.

2.4 Orçamento

A fonte de recursos assegurada para o desenvolvimento deste projeto foi de inteira responsabilidade da equipe pesquisadora.

3 RESULTADOS

A população alvo com número amostral de 328 sujeitos atendidos no serviço especializado em Violência Sexual de um Hospital Público Federal do Maranhão obteve média de idade em vítimas de violência igual a 13,47 anos com desvio padrão de 7,11 e intervalo de confiança de 12,7-14,28 (IC95%)(Tabela I). Em relação a distribuição amostral pela idade observa-se um coeficiente de assimetria maior que 1 (1,82) e curtose de 8,46 (leptocúrtica), o que caracteriza uma assimetria de leve desvio para a direita visualizados no histograma com curva normal (Gráfico I) e no gráfico de box plot (Gráfico II).

Em relação ao tipo cor das vítimas de violência observa-se uma maior proporção de indivíduos pardos, 56,71% (IC95%), seguidos de brancos com taxa de 21,34% acometidos pelos atos infringentes (Gráfico II).

A maioria das vítimas violentados são solteiras, 84,45%, em detrimento de apenas 1,52% com união estável (IC95%) (Gráfico III). Em relação prática religiosa, 49,70% são católicas e 23,17% são evangélicas, adventistas e os que não declaram nenhuma religião têm 1,52%, respectivamente.

Para os aspectos macrorregionais o município de São Luís apresenta taxa de 57,62% dos casos notificados, seguidos de São José de Ribamar (4,88%), Paço do Lumiar (2,74%) e Rosário (2,13%), observa-se ainda os maiores índices ocorridos na zona Urbana com 56,71% em detrimento 14,63% dos atos consumados na zona rural, outros 28,65% não sabem ou não informaram o local do crime.

A escolaridade é apresentada por 63,72% das vítimas com apenas o 1º grau, a qual apenas 1,44% destas possuem o ensino fundamental completo que diverge de 82,30% para aquelas que não terminaram o ciclo fundamental. É notória a pequena taxa de vítimas com escolaridade 3º grau completo ou incompleto representado 2,13% das vítimas (Tabela II). Os estudantes representam 79,27% das vítimas em relação a sua profissão, seguidos de Do Lar

com 3,96% (IC95%), as demais profissões mencionadas nas fichas de notificação têm taxas de 0,30% para cada serviço laboral.

Os dados relacionados a atividade sexual anterior e a idade da primeira relação sexual das vítimas foram comprometidas por não preenchimento desses requisitos no prontuário, com perdas de 47,56% e 50,91% das informações, respectivamente.

Em relação ao número de agressores envolvidos em um único ato de violência sexual, 88,11% são praticados por uma única pessoa. A associação entre o número de agressores e o seu tipo de cor é observado uma relação estatisticamente não significativa ($p=0,215$) em que 58,48% dos crimes praticados por uma única pessoa são pardos, seguidos 21,45% de brancos e 14,19% de pretos (IC95%) (Tabela III).

Mediante o tipo de violência contra a vítima, observa-se índices de violência sexual de 55,49%, seguidos de 7,01% de violência física e sexual (IC95%) (Gráfico IV).

Em relação a procedência, cerca de 60,20% eram da delegacia (Tabela IV) e 65,54% das vítimas haviam realizado o boletim de ocorrência (Gráfico V). Apenas 36,58% haviam realizado o exame de corpo delito. (Gráfico VI).

4 DISCUSSÃO

As consequências da violência sexual podem ser imediatas e de longo prazo e podem ser físicas e psicológicas. O trauma físico genital ou de outras partes do corpo pode ou não estar presente, porque quando o agressor usa uma arma ou é muito mais forte que a vítima, esta não tem condições de opor resistência. As lesões genitais se observam com mais frequências nas crianças e nas mulheres de maior idade, podendo incluir lacerações, hematomas, equimoses e edema, afetando os lábios menores, o hímen e a fossa navicular. No caso de agressão sexual a crianças, as lesões podem incluir lesões na vagina, períneo, ânus e reto

Os dados observados sugerem que as vítimas predominantemente são menores de idade e chegam ao hospital acompanhada de familiares já encaminhada de uma delegacia e com passagem pelo IML. Os agressores são diversificados, podem ser tanto desconhecidos, como conhecidos, havendo relato de parentes e vizinhos. O ato muitas vezes é praticado próximo a lugares públicos e até mesmo dentro da própria residência da vítima, predominantemente o agressor utiliza algum instrumento de intimidação.

O grau de vulnerabilidade sócio econômico estabelece padrão entre as vítimas que procuram assistência no Hospital Universitário. Estima-se que o risco de adquirir uma doença sexualmente transmissível (DST) seja de 4 a 30%, tanto em países desenvolvidos como menos desenvolvidos. As taxas variam para cada agente específico e segundo a faixa etária. A taxa de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode variar entre 0,8 e 9,6%, de 3,1 a 22% para *Trichomonas vaginalis*, de 1,5 a 26% para *Chlamydia trachomatis*, entre 12 a 50% para vaginose bacteriana, de 2 a 40% para o papiloma vírus humano (HPV), de até 1,6% para o *Treponema pallidum* e de 3% para a hepatite B. Quando não são prevenidas ou tratadas precocemente, essas infecções podem levar a sérias complicações a longo prazo (doença inflamatória pélvica, esterilidade de causa tubária, gravidez ectópica, dor pélvica crônica).

Justifica-se, portanto, que muitas destas mulheres demonstrem preocupação com a possibilidade de se infectar com alguma DST, particularmente pelo HIV.⁹

As consequências psicológicas são muito variáveis, já que cada mulher responde de forma diferente à violência sexual. Diversos transtornos psicológicos são descritos nestas mulheres, incluindo depressão, fobias, ansiedade, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e as chamadas síndrome de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro.¹⁰

O perfil das pacientes vítimas de violência sexual atendidas por este serviço universitário de referência caracterizou-se por uma maioria de mulheres jovens, pardas, solteiras, estudantes, com religião e prática religiosa. O maior percentual das vítimas não tinha atividade sexual anterior à violência. A violência sexual ocorreu principalmente à noite, a partir de abordagem feita na rua, por agressor desconhecido, único e com intimidação. A maioria das pacientes chegou ao atendimento em tempo hábil para que medidas profiláticas fossem instauradas, além disto, durante o período estudado houve significativo crescimento da taxa de procura precoce. Compartilhar com alguém sobre a violência sexual e sentirem-se apoiadas correlaciona-se com a adesão ao atendimento ambulatorial por essas mulheres.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. – (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 7)
2. Adeodato, Vanessa Gurgel et al. **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros**. Revista de saúde pública, v.39, n.1, fev.2005(online).Disponível em:< www.Scielo.br> (Acessado dia 10/05/2016).
3. Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. L. P. **Violence against women: interfaces with Health care, Interface** _ Comunicação, Saúde, Educação, v.3 , n.5, 1999
4. Magalhães, Teresa ; Carneiro de Sousa a, M.J ; Gomes, A S ; Pinto, D C ; Grams, A.C ; Ribeiro, C .**Child sexual abuse: a preliminary study**.JournalofClinicalForensic Medicine, 1998, Vol.5(4), pp.176-182
5. Polanczyk, Guilherme Vanoni et al . **Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 8-14, Feb. 2003
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100004&lng=en&nrm=iso (acessado dia 10/05/2016).

6. Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berine, L., & Cohen, J. A. (2000). **Treatment for sexually abused children and adolescents**. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
7. Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., Machado, P. X. (2006). **Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual**.
8. Viodres Inoue, S. R; Ristum, M.. **Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola**. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas , v. 25, n. 1, p. 11-21, Mar. 2008.
9. WHO; World Health Organization. **Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence**. Geneva; 2003.
10. Ramos-Lira, L. Saltijeral- Mendes, MT, **Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud**. *Salud Publica Mex.* 2001;43(3):182-91.

Anexo A – Tabelas

Tabela I – Medidas de tendência central para idade de sujeitos vítimas de violência sexual em um Hospital Público Federal de São Luís, MA, 2016.

idade				
	Percentiles	Smallest		
1%	2	.5		
5%	4	2		
10%	6	2	Obs	328
25%	10	2	Sum of Wgt.	328
50%	13		Mean	13.47409
		Largest	Std. Dev.	7.116447
75%	15	41		
90%	21	42	Variance	50.64382
95%	28	46	Skewness	1.827044
99%	41	51	Kurtosis	8.462075

Tabela II – Distribuição da escolaridade e grau de instrução entre vítimas de violência sexual notificados em um Hospital de referência de São Luís, MA, 2016.

INSTRUÇÃO	INSTRUÇÃO/COMPLETO				Total
	Completo	Incomplet	Não se ap	Sem dados	
1° Grau	3 1.44	172 82.30	0 0.00	34 16.27	209 100.00
2° Grau	7 12.73	38 69.09	0 0.00	10 18.18	55 100.00
3° Grau	2 28.57	4 57.14	0 0.00	1 14.29	7 100.00
Analfabeta	0 0.00	2 10.00	14 70.00	4 20.00	20 100.00
Primário	0 0.00	3 100.00	0 0.00	0 0.00	3 100.00
Sem dados	0 0.00	0 0.00	1 2.94	33 97.06	34 100.00
Total	12 3.66	219 66.77	15 4.57	82 25.00	328 100.00

Tabela III – Relação entre o número de agressores envolvidos em violência sexual e o seu tipo de cor em um Hospital Público Federal de São Luís, MA, 2016.

agressor	cor1				Total
	Branco	Pardo	Preto	Nenhuma	
Único	62 21.45	169 58.48	41 14.19	17 5.88	289 100.00
2	1 12.50	5 62.50	1 12.50	1 12.50	8 100.00
Mais que 2	1 14.29	2 28.57	2 28.57	2 28.57	7 100.00
Vários	1 50.00	1 50.00	0 0.00	0 0.00	2 100.00
Não sabe	1 50.00	0 0.00	0 0.00	1 50.00	2 100.00
Não Informado	4 20.00	9 45.00	5 25.00	2 10.00	20 100.00
Total	70 21.34	186 56.71	49 14.94	23 7.01	328 100.00

Pearson $\chi^2(15) = 18.9719$ Pr = 0.215

Tabela IV – Locais de procedência das vítimas atendidas em um Hospital de referência em São Luís, MA, 2016.

PROCEDENCIA	Freq.	Percent	Cum.
Conselho Tutelar	28	8.54	8.54
Delegacia	170	51.83	60.37
Delegacia (CPCA)	3	0.91	61.28
Delegacia (DEM)	1	0.30	61.59
Delegacia (DPCA)	4	1.22	62.80
Delegacia/Conselho Tutelar	2	0.61	63.41
Delegacia/IML	2	0.61	64.02
Delegacia/IML/Conselho Tutelar	2	0.61	64.63
Hospital	12	3.66	68.29
IML	13	3.96	72.26
Ministério Público	2	0.61	72.87
Mulheres	1	0.30	73.17
Não	1	0.30	73.48
Outro	4	1.22	74.70
Outro/CRAS	1	0.30	75.00
Outro/CREAS	1	0.30	75.30
Residência	57	17.38	92.68
Residência/Conselho Tutelar	3	0.91	93.60
Residência/Delegacia	1	0.30	93.90
Residência/Delegacia/Conselho Tutelar	1	0.30	94.21
SAMU	1	0.30	94.51
Sem dados	17	5.18	99.70
UPA	1	0.30	100.00
Total	328	100.00	

Anexo B – Gráfico

Gráfico I - Distribuição da idade de vítimas de Violência Sexual em um Hospital de São Luís, MA, 2016.

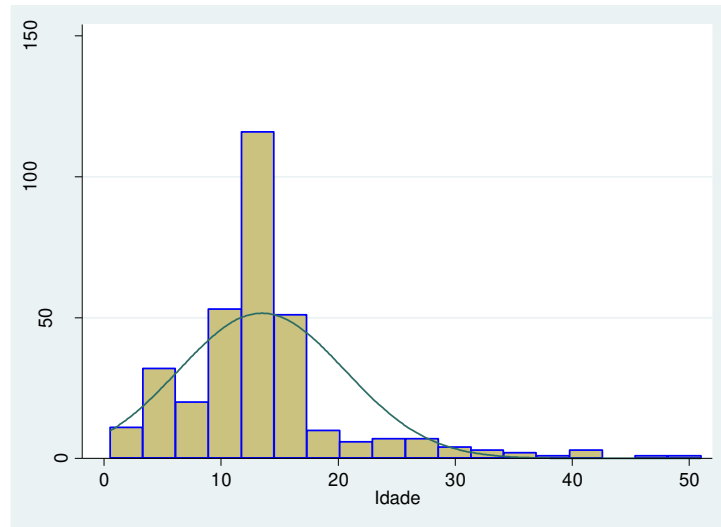


Gráfico II- Box plot da idade de vítimas de Violência Sexual em um Hospital de São Luís, MA, 2016.

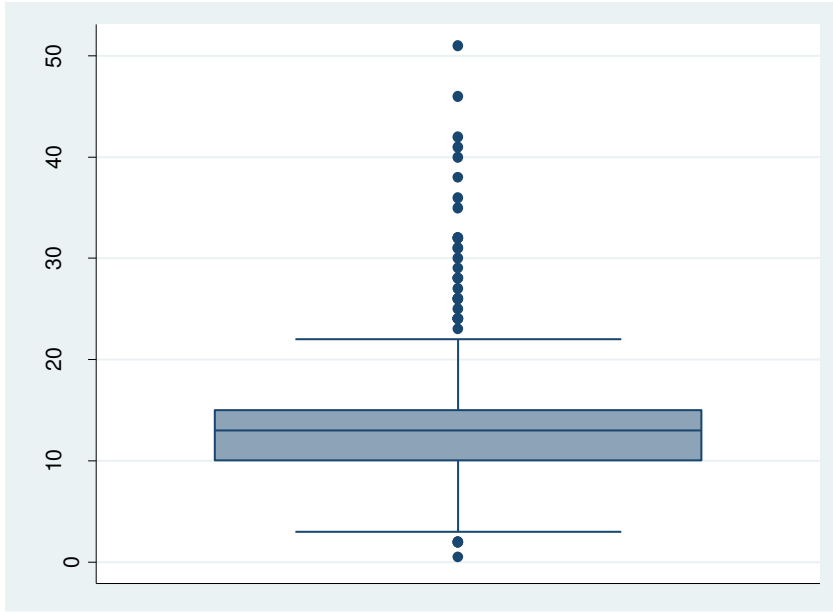


Gráfico II – Distribuição do tipo de cor em relação as vítimas de Violência Sexual em um Hospital Público Federal de São Luís, MA

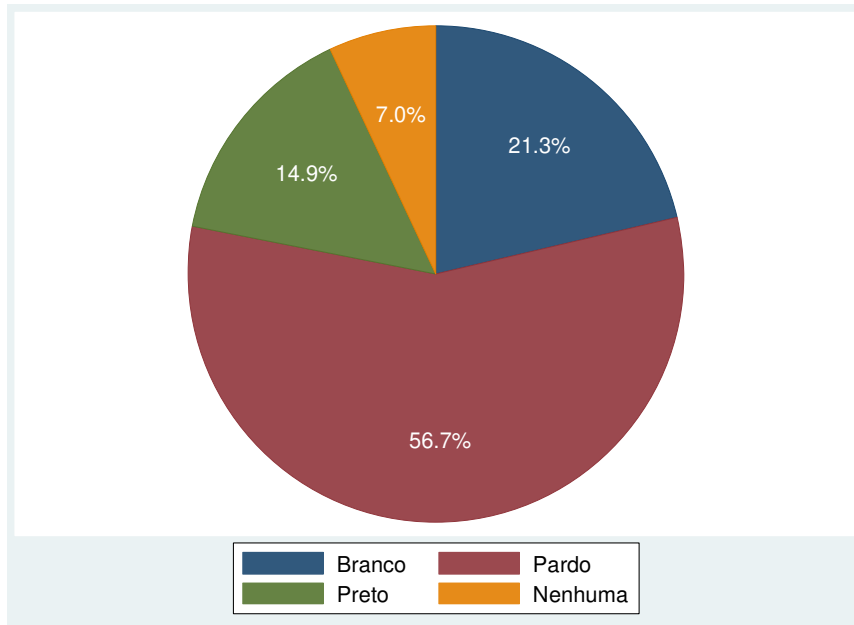


Gráfico III– Tipo de estado civil entre vítimas de violência sexual em um Hospital de referência em São Luís, MA, 2016.

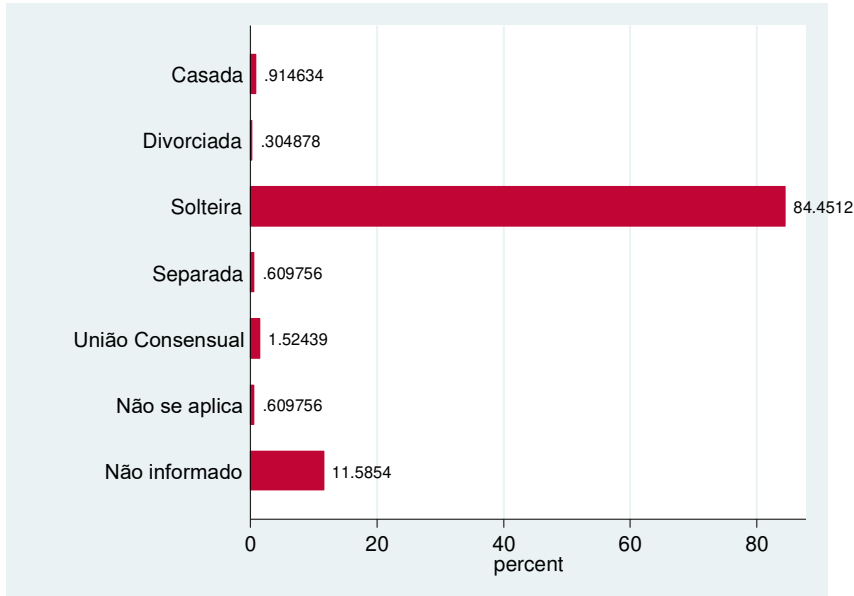


Gráfico IV – Distribuição do tipo de violência sexual notificado em um Hospital Público Federal de São Luís, MA, 2016.

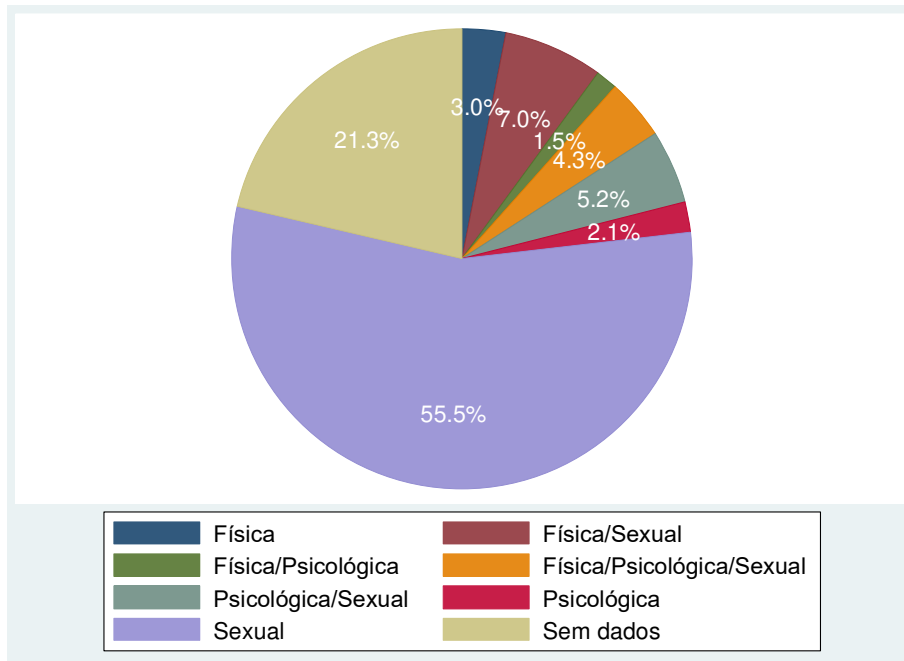


Gráfico V – Percentual de vítimas de violência sexual que procederam com Boletim de Ocorrência atendidos em um Hospital de referência em São Luís, MA, 2016.

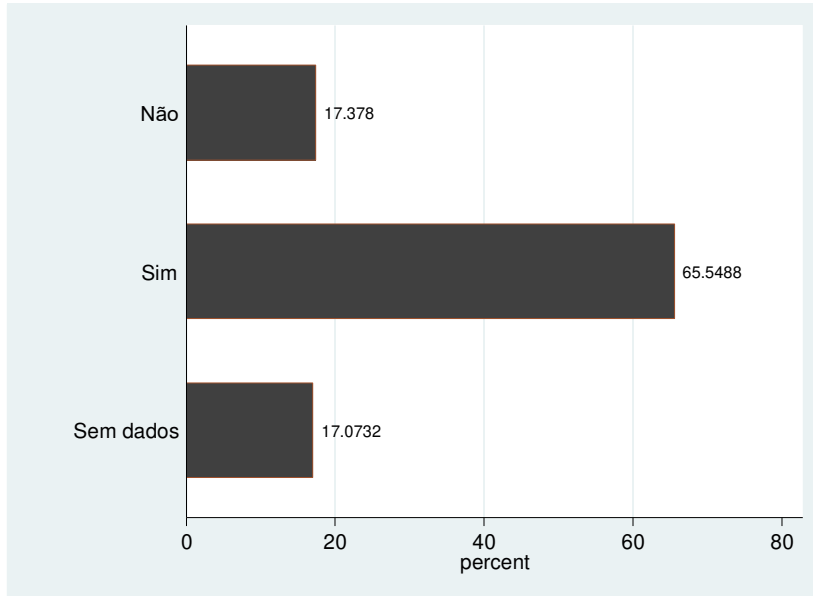
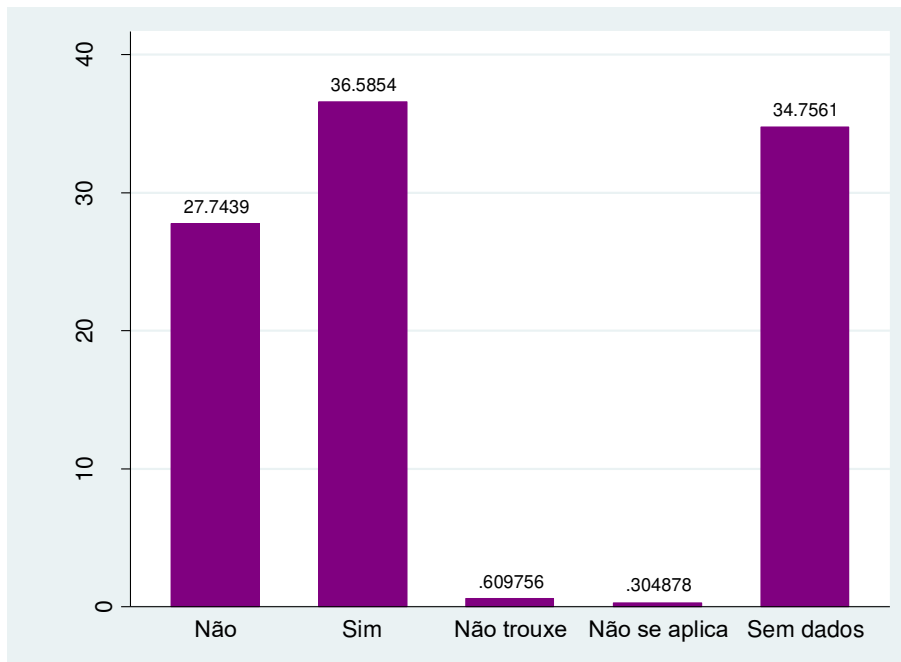


Gráfico VI – Realização do laudo de corpo de delito no Instituto Médico Legal em vítimas de violência sexual em um Hospital de referência em São Luís, MA, 2016



Anexo C – Normas para submissão na revista de pesquisa em saúde

Periodicidade

Quadrimestral

Política de Acesso Livre

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

Arquivamento

Esta revista utiliza o sistema LOCKSS para criar um sistema de arquivo distribuído entre as bibliotecas participantes e permite às mesmas criar arquivos permanentes da revista para a preservação e restauração. [Saiba mais...](#)

Notas Redatoriais

A Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

A Revista de Pesquisa em Saúde não cobra custos de processamento e nem de submissão de artigos.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*:

- a. Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*.
- b. Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.
- c. Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

d. A Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).

e. Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.

f. Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Abstract e Keywords; 4) Texto; 5) Referências; 6) Email, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group (www.icmje.org), e do International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor (es) e instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chave: e seus respectivos Keywords devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al." Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br ou por via deste Portal.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietall cell

vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (Itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (Itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (Itálico)[Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. Colectistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói (RJ):Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. *Emerg I infect diseases* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título[tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor (es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Kozá's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo(itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw ou Illustrator em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3(três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referência ao texto.

Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.

ISSN 2236-6288 (*online*)

ISSN 2179-6238 (*impresso*)

